Albuminurie persistante au sein de la population pédiatrique atteinte de diabète de type 2 (ADT2)

PROGRAMME CANADIEN DE SURVEILLANCE PÉDIATRIQUE
2305, boul. St. Laurent
Ottawa (Ontario) K1G 4J8
Tél. : 613-526-9397, poste 239
Téléc. : 613-526-3332
pcsp@cps.ca
www.cps.ca

RENSEIGNEMENTS SUR LA DÉCLARATION
(Partie remplie par la coordonnatrice du PCSP)

Numéro du rapport	
Mois de déclaration	
Province	
Date du jour	

Veuillez remplir les sections suivantes relativement au cas susmentionné.
Les données seront traitées confidentiellement.

DÉFINITION DE CAS POUR L'ALBUMINURIE PERSISTANTE AU SEIN DE LA POPULATION PÉDIATRIQUE ATTEINTE DE DIABÈTE DE TYPE 2

Déclarer tout patient de moins de 18 ans atteint de diabète de type 2 (DT2)
et
d'une microalbuminurie ou d'une macroalbuminurie **persistante,** définie par deux échantillons positifs sur trois à au moins un mois d'intervalle, sur une période de trois à six mois.

Définition du diabète par l'Association canadienne du diabète

- Glycémie à jeun (GÀJ) ≥7,0 mmol/L* ou
- Glycémie aléatoire ≥11,1 mmol/L* ou
- Glycémie deux heures après l'ingestion de 75 g de glucose ≥11,1 mmol/L* après une épreuve standard d'hyperglycémie provoquée par voie orale

* Une autre épreuve d'hyperglycémie de confirmation s'impose si l'enfant est asymptomatique.

Le diagnostic de DT2 reposera sur les caractéristiques cliniques suivantes :

- Obésité (indice de masse corporelle supérieur au 95e percentile par rapport à l'âge et au sexe)
- Antécédents familiaux de DT2 chez des parents de premier ou deuxième degré
- Appartenance à un groupe ethnique à haut risque (p. ex., autochtone, africain, hispanique, sud-asiatique)
- Antécédents d'exposition au diabète *in utero* (diagnostiqué avant ou pendant la grossesse)
- Manifestations de résistance à l'insuline : acanthosis nigricans, syndrome de Stein-Leventhal (syndrome des ovaires polykystiques), hypertension, dyslipidémie
- Absence d'autoanticorps liés au diabète si on possède les résultats

Définition d'albuminurie

	Ratio entre l'albumine et la créatinine urinaires (RAC)*	Prélèvement d'urine sur 24 h pour calculer l'albumine
Microalbuminurie	de 2,0 mg/mmol à 20,0 mg/mmol (homme) de 2,8 mg/mmol à 28,0 mg/mmol (femme)	de 30 mg/jour à 300 mg/jour (homme ou femme)
Macroalbuminurie	>20,0 mg/mmol (homme) >28,0 mg/mmol (femme)	>300 mg/jour (homme ou femme)

* Confirmation au moyen d'un échantillon d'urine au lever ou de prélèvements pendant la nuit

Critères d'inclusion

Enfants de moins de 18 ans atteints de DT2 et d'albuminurie **persistante** (y compris ceux atteints d'une maladie rénale confirmée avant le diagnostic de diabète)

Mois de la première consultation _____

SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES

1.1 Date de naissance : ____ /____ /_____ (JJ MM AAAA) 1.2 Sexe : Masculin ___ Féminin ___

1.3 Poids de naissance : _____ grammes _____ livres

1.4 Âge gestationnel : _____ semaines

SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES (suite)

1.5 Province ou territoire de résidence : _____

1.6 Ethnie : Blanche ___ Hispanique ___ Moyen-orientale ___ Africaine ou antillaise ___
Autochtone : Première nation ___ Inuite ___ Métisse ___
Asiatique : Chinoise ___ Japonaise ___ Philippine ___ Vietnamienne ___ Indienne ___ Pakistanaise ___
Mixte (précisez) _____ Autre (précisez) _____ Inconnu ___

SECTION 2 – ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE DIABÈTE DE TYPE 2 OU DE MALADIE RÉNALE

		Oui	Non	Inconnu
2.1	Mère ayant un diabète gestationnel	___	___	___
2.2	Mère diabétique avant la grossesse	___	___	___
2.3	Père diabétique	___	___	___
2.4	Frère ou sœur diabétique	___	___	___
2.5	Parent de deuxième degré diabétique	___	___	___
2.6	Antécédents familiaux de maladie rénale liée au diabète	___	___	___
	Dans l'affirmative, précisez : Mère ___ Père ___			
	Frère ou sœur ___ Parent de deuxième degré ___			
2.7	Antécédents familiaux de maladie rénale **NON** liée au diabète	___	___	___
	Dans l'affirmative, précisez : Mère ___ Père ___			
	Frère ou sœur ___ Parent de deuxième degré ___			

Si vous le savez, précisez le type de maladie rénale _____

SECTION 3 – DIAGNOSTIC ET COMPLICATIONS

3.1 Date du diagnostic de DT2 : ____ /____ /_____ Inconnu ___
JJ MM AAAA

3.1.1 Précisez le test original effectué pour confirmer le diagnostic de diabète :
Glycémie à jeun _____ Glycémie aléatoire _____

3.2 Y a-t-il un syndrome génétique concomitant (p. ex., syndrome de Prader-Willi)? Oui ___ Non ___ Inconnu ___
Dans l'affirmative, précisez : _____

3.3 Date du diagnostic d'albuminurie : ____ /____ /_____ Inconnu ___
JJ MM AAAA

3.4 L'albuminurie a-t-elle été diagnostiquée avant le DT2? Oui ___ Non ___ Inconnu ___

3.5 L'enfant avait-il une maladie rénale non liée au DT2? Oui ___ Non ___ Inconnu ___
Dans l'affirmative, précisez la date : ____ /____ /_____ type : _____
JJ MM AAAA

3.6 L'enfant a-t-il une rétinopathie? Oui ___ Non ___ Inconnu ___

SECTION 4 – SIGNES, SYMPTÔMES ET EXPLORATION À LA <u>PREMIÈRE</u> PRÉSENTATION DU <u>DIABÈTE</u>

4.1 Taille : _____ cm Poids : _____ kg Date de la mesure : ____ /_____ /_____
JJ MM AAAA

4.2	**Symptômes**	Oui	Non	Inconnu
4.2.1	Asymptomatique	___	___	___
4.2.2	Fatigue	___	___	___
4.2.3	Polydipsie	___	___	___

SECTION 4 – SIGNES, SYMPTÔMES ET EXPLORATION À LA PREMIÈRE PRÉSENTATION DU DIABÈTE (suite)

		Oui	Non	Inconnu
4.2.4	Polyurie	___	___	___
4.2.5	Perte de poids	___	___	___
4.2.6	Obésité	___	___	___
4.2.7	Acanthosis nigricans	___	___	___
4.2.8	Absence d'autoanticorps liés au diabète	___	___	___
4.3	**Comorbidités**			
4.3.1	Dyslipidémie	___	___	___
4.3.2	Acidocétose diabétique (pH < 7,35)	___	___	___
4.3.3	Syndrome de Stein-Leventhal	___	___	___
4.3.4	Stéatose hépatique non alcoolique (ALT > 90 ou stéatohépatite à l'échographie)	___	___	___
4.3.5	Infection cutanée ou génitale (p. ex., infection vaginale aux levures)	___	___	___
4.3.6	Hypertension	___	___	___
	Dans l'affirmative, précisez : _____ /_____			
4.3.7	Autre, précisez : _____			

SECTION 5 – SIGNES ET EXPLORATIONS À LA PREMIÈRE PRÉSENTATION DE MICROALBUMINURIE OU DE MACROALBUMINURIE

		Date de la mesure JJ / MM / AAAA	Taille (cm)	Poids (kg)	TA	HbA1c (%) (valeurs normales
5.1	Microalbuminurie	____ /____ /_____	_____	_____	___ /___	____ %
5.2	Macroalbuminurie	____ /____ /_____	_____	_____	___ /___	____ %

SECTION 6 – EXPLORATIONS DE CONFIRMATION DE L'ALBUMINURIE PERSISTANTE SUR UNE PÉRIODE DE TROIS À SIX MOIS* (cochez toutes les réponses applicables)

Dépister l'albumine dans l'urine : Ratios de créatinine (RAC) et prélèvement d'urine pour déterminer l'excrétion d'albumine	**Date de mesure** JJ / MM / AAAA	**Résultats**
Échantillons aléatoires d'urine		
RAC n° 1	____ /____ /_____	_____ mg/mmol
RAC n° 2	____ /____ /_____	_____ mg/mmol
RAC n° 3	____ /____ /_____	_____ mg/mmol
Échantillons d'urine au lever		
RAC n° 1	____ /____ /_____	_____ mg/mmol
RAC n° 2	____ /____ /_____	_____ mg/mmol
RAC n° 3	____ /____ /_____	_____ mg/mmol
Prélèvements de l'excrétion d'albumine sur 24 heures		
N° 1	____ /____ /_____	_____ mg/jour
N° 2	____ /____ /_____	_____ mg/jour
N° 3	____ /____ /_____	_____ mg/jour
Prélèvement de l'excrétion d'albumine pendant la nuit		
N° 1	____ /____ /_____	_____ mg/jour
N° 2	____ /____ /_____	_____ mg/jour
N° 3	____ /____ /_____	_____ mg/jour

* Les échantillons doivent être prélevés à au moins un mois d'intervalle; au moins l'un d'eux doit être pris au lever ou prélevé pendant la nuit.

SECTION 7– AUTRES EXPLORATIONS

7.1 L'enfant a-t-il subi une échographie rénale? Oui ___ Non ___ Inconnu ___

Dans l'affirmative, précisez la date : ____ /____ /_____ résultats : _____
JJ MM AAAA

7.2 L'enfant a-t-il subi une biopsie rénale? Oui ___ Non ___ Inconnu ___

Dans l'affirmative, précisez la date : ____ /____ /_____ résultats : _____
JJ MM AAAA

SECTION 8 – TRAITEMENT

		Oui	Non	Inconnu
8.1	L'enfant prend-il un médicament pour traiter l'albuminurie?	___	___	___
	Dans l'affirmative, précisez :			
8.1.1	Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine	___	___	___
8.1.2	Antagonistes de l'angiotensine	___	___	___
8.1.3	Autres, précisez : _____			

___ **J'accepte que l'équipe de recherche communique avec moi pour obtenir des compléments d'information.**

___ **Je préfère que l'équipe de recherche ne communique pas avec moi pour obtenir des compléments d'information.**

SECTION 9 – MÉDECIN DÉCLARANT

Prénom_____ Nom_____

Adresse_____

Ville_____ Province_____ Code postal_____

Téléphone_____ Télécopieur_____

Courriel_____ Date de complétion_____

Merci d'avoir rempli ce formulaire.

(ATD2 2010-04)